

ROSA GINECOLOGIA, PC
New Patient Form

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ Edad: _____

Motivo de la visita de hoy _____

Historia menstrual :

Primer día del último período menstrual : _____ Edad en el primer período menstrual: _____ Años

Número de días desde el inicio de un período hasta el inicio del siguiente : _____ días

Número de días que sangras : _____ días

Describe la cantidad de flujo menstrual (encierra en un círculo) _____ ligero/moderado/abundante/coágulos

¿Cuántos tampones o toallas sanitarias usas en tu día más pesado? _____

Describe la cantidad de malestar menstrual (encierra en un círculo) _____ ninguno/leve/moderado/grave

¿Sangras entre tus períodos? (marque uno) Sí No

¿Sangras después del coito? (marque uno) Sí No

Si dejaste de menstruar, ¿a qué edad dejaste de menstruar? _____ años

¿Ha tenido sangrado o manchado desde que dejó de tener su período? (marque uno) Sí No

Anticonceptivos y antecedentes sexuales:

Método anticonceptivo actual: _____

Métodos anticonceptivos utilizados en el pasado:

Método	Duración	del uso	Motivo	de la interrupción
--------	----------	---------	--------	--------------------

1) _____

2) _____

3) _____

¿Es usted o alguna vez ha sido sexualmente activo (ha tenido relaciones sexuales)? (marque uno) Sí No

¿Ha tenido una nueva pareja sexual en los últimos tres meses? (marque uno) Sí No

¿Su(s) pareja(s) sexual(es) es(n) hombre, mujer o ambos? (marque uno) Hombre Mujer Ambos

¿Sientes dolor o malestar durante las relaciones sexuales? (marque uno) Sí No

Historial de prueba de Papanicolaou/mamografía

Fecha de la última prueba de Papanicolaou _____

¿Ha tenido pruebas de Papanicolaou anormales? (marque uno) Sí No

¿Ha recibido tratamiento por frotis anormales? (marque uno) Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tipo(s) de tratamiento ha recibido?

Año de crioterapia _____

Año del láser _____

Biopsia de cono Año _____

Escisión con asa (LEEP) Año _____

Otros antecedentes ginecológicos anteriores: Circule lo que corresponda: Ninguno Enfermedad pélvica inflamatoria

Endometriosis Verrugas Venéreas Herpes-genital Sífilis Gonorrea Clamidia Infecciones vaginales

Otras _____

Fecha de la última mamografía Mes _____ Año _____

¿Ha tenido una mamografía anormal? (marque uno) Sí No

Nombre : _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Historia Obstétrica: Por favor registre el número de:

Embarazos _____ Partos vaginales _____ Abortos espontáneos _____
Niños vivos _____ Cesáreas _____ Abortos _____

Enumere cualquier complicación del embarazo: _____

Historial médico: verifique si usted o un pariente consanguíneo ha tenido alguno de los siguientes:

Yo mismo	Familia	Yo mismo	Familia	Yo mismo	Familia
Anemia _____		Enfermedad mental _____		Enfermedad hepática/hepatitis _____	
Presión arterial alta _____		Depresión _____		Enfermedad de la vesícula biliar _____	
Colesterol alto _____		Ansiedad _____		Coágulos de sangre en Venas/pulmones _____	
Enfermedad cardíaca _____		Trastorno alimentario _____		Transfusión de sangre _____	
Accidente cerebrovascular _____		Migrañas _____		Cáncer de mama _____	
Diabetes _____		Infección del tracto urinario _____		Cáncer de colon _____	
EPOC/Enfisema _____		Lupus _____		Cáncer de útero _____	
Asma _____		Artritis _____		Cáncer de ovario _____	
Convulsiones. _____		Lesión de espalda _____		Otro cáncer, especifique _____	
Problemas de tiroides _____		Osteoporosis _____			

Otros problemas médicos: (Enumere todos) _____

Cirugías obstétricas/ginecológicas anteriores Ninguna _____ Año _____

	YEAR		YEAR
Cirugía de ovario D&C	_____	de ovario	_____
Quiste(s) L por histeroscopia extirpado(s)	_____	R extirpado(s) Ovárico(s)	_____
Cirugía de infertilidad Quiste(s)	_____	L ovario eliminado	_____
Ligadura de trompas	_____	R extirpa el ovario	_____
Laparoscopia	_____	Reparación vaginal o de la vejiga	_____
Histerectomía (vaginal)	_____	para prolapso o incontinencia	_____
Histerectomía (abdominal)	_____	Cesárea	_____
Miomectomía	_____		
Otro	_____		

Historial quirúrgico pasado (no obstetra/ ginecólogo)

Enumere todas las cirugías y su año o Ninguna _____

Año de	Cirugías	Año de	Cirugías
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Hay alguna otra información que crea que deberíamos tener?

Firma del paciente _____ Fecha _____ Firma del proveedor _____ Fecha _____

